


TRABAJO DE INVESTIGACION

TESIS:

LAS PROBLEMATICAS DE BULIMIA Y ANOREXIA NERVIOSA ABORDADAS DESDE EL SERVICIO SOCIAL.



**LICENCIATURA EN SERVICIO SOCIAL
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
UNIVERSIDAD DEL SALVADOR
SEDE INSTITUTO SANTA ROSA VENADO TUERTO**

**USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR**

ALUMNAS:

**GOMAR , ROSA
HEIT , GABRIELA
MARTINEZ , SILVINA**

AÑO: 1998.-

INDICE

	Pág.
Introducción.	.01
Objetivos.	.02
Capítulo I: Bulimia y Anorexia Nerviosa.	.03
1.1.- Aspectos generales.	.03
1.2.- Etiopatogenia de las problemáticas.	.06
1.2.1.- Factores predisponentes.	.06
1.2.2.- Factores precipitantes.	.09
1.2.3.- Factores de mantenimiento.	.09
1.2.4.-Factores Socioculturales.	.10
1.3.- Incidencia de la Anorexia y Bulimia Nerviosa.	.12
1.4.- Antecedentes de investigación.	.13
1.4.1.- Los consumos impiden "consumar".	.14
1.4.2.- "Fobia a engordar".	.14
1.4.3.- Trastornos de la alimentación	.15
1.5.- La otra escuela.	.17
1.6.- La publicidad y la propaganda.	.18
1.7.- La moda.	.19
1.8.- Definiciones de Anorexia y Bulimia Nerviosa.	.19
1.9.- Criterios diagnósticos.	.20
1.10.- La entrevista diagnóstica.	.21
1.11.- El ciclo de la Bulimia.	.22
1.12.- Relación entre Anorexia y Bulimia Nerviosa.	.22
1.13.- Signos clínicos.	.23
1.14.- Presentación.	.24
1.15.- Factores de personalidad.	.25
1.16.- Tratamiento de las enfermedades.	.27
1.17.- Distintos enfoques.	.28
1.17.1.- Tratamiento farmacológico.	.30
1.17.2.- Terapia familiar.	.31
1.17.3.- Tratamiento ambulatorio.	.33
1.17.4.- Aspectos clínicos el tratamiento.	.33
1.17.5.- Tratamiento familiar.	.34
1.17.6.- Enfoque cognitivo-conductual.	.36
1.17.7.- Modelo conductual.	.36
1.17.8.- Abordaje grupal.	.37
1.17.9.- Enfoque Psicoeducacional.	.37
1.17.10.- Enfoque sistémico.	.38
1.17.11.- Tratamiento interdisciplinario con enfoque sistémico.	.39
Capítulo II: Familia y etapa de la adolescencia.	.41

2.1.- Familia.	.41
2.2.- Funciones de la familia.	.41
2.3.- La familia y la socialización.	.42
2.4.- La familia necesita sentido.	.43
2.5.- Ciclo Vital.	.44
2.6.- Etapas del ciclo vital.	.44
2.6.1.- Constitución de la pareja.	.44
2.6.2.- Etapa de procreación, nacimiento y crianza de los hijos.	.45
2.6.- La familia y los estadios en la adolescencia.	.48
Capítulo III: Prevención en los trastornos de alimentación.	.51
3.1.- Introducción.	.51
3.2.- Sentido de la prevención. Concepto.	.51
3.3.- Niveles de prevención.	.52
3.3.1.- Prevención primaria.	.52
3.3.2.- Prevención secundaria.	.53
3.3.3.- Prevención terciaria.	.53
3.4.- Prevención: cómo y cuándo hacerla.	.53
Capítulo IV: El Servicio Social.	.55
4.1.- Una cosmovisión del Servicio Social.	.55
4.2.- El Servicio Social y las problemáticas de Bul. y An. Nerv.	.56
4.3.- Accionar preventivo del Servicio Social.	.56
Capítulo V: Capítulo Metodológico.	.59
5.1.- Características generales.	.63
Conclusiones de la investigación.	.76
Conclusión General.	.78
Proyecto de Prevención para las problemáticas de B. y A.N..	.81
Propuestas.	.84
Bibliografía.	.85
Anexos.	.88
Ficha técnica.	.I
Interpretación gráfica de la investigación.	.II
Modelo de encuesta.	.III
Matriz de datos.	.IV

INTRODUCCION

Este trabajo se presenta como resultado de una investigación sobre las problemáticas de **Bulimia y Anorexia Nerviosa** en la localidad de Arribeños, en la provincia de Buenos Aires.

El objetivo es detectar el nivel de conocimiento que los estudiantes adolescentes entre 13 y 17 años tienen de estas problemáticas.

Para la realización de cada capítulo creímos conveniente, para una mejor comprensión de estas temáticas, abordarlas desde su etiología, diagnóstico y tratamiento teniendo en cuenta los distintos enfoques.

El capítulo sobre **familia** fue tratado porque consideramos que es un tema medular, donde la/el joven está indisolublemente unido al grupo con determinadas concepciones, relaciones interpersonales, valores, estilos de vida en un determinado contexto.

Sostenemos que la familia es el recurso genuino con el cual se trabajará desde una perspectiva sistémica, donde el terapeuta esté involucrado, en un espacio donde se reconstruyen y se resignifican vínculos, y no desde un lugar que se lo ve "como generador de patologías".

Acordamos que era necesario hacer hincapié en la prevención de las problemáticas. Entendiendo la **prevención** como una forma de valorar el aspecto sano de la persona, apuntando no solo a la información sino a la **formación y educación de la salud**.

Desde esta perspectiva proponemos una metodología de trabajo basada en el modelo sistémico haciendo una lectura desde el Servicio Social, ya que el mismo considera al individuo como un sistema abierto desplazando el foco de atención de la persona al grupo familiar, e induciendo a considerar a los miembros de una familia o un grupo social como elemento de un circuito de interacción donde la conducta de uno influye en la de los demás.

Creemos que podemos brindar un aporte como trabajadoras sociales a las Escuelas de Enseñanza Media que manifiesten como demandas estas problemáticas en las instituciones.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

*** Investigar el conocimiento que tienen los adolescentes estudiantes de 13 a 17 años de edad con respecto a las problemáticas de Bulimia y Anorexia Nerviosa en la localidad de Arribeños en 1997.**

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

*** Investigar de qué manera definen los estudiantes adolescentes los trastornos de la alimentación, específicamente Bulimia y Anorexia Nerviosa.**

*** Identificar la diversidad de factores que los adolescentes consideran que inciden en las patologías de Bulimia y Anorexia Nerviosa.**

*** Indagar acerca de la información que los adolescentes reciben de las instituciones.**

*** Investigar el grado de información que brinda la familia sobre Bulimia y Anorexia Nerviosa.**

OBJETIVOS PROFESIONALES:

*** Elaborar un proyecto de prevención destinado a Instituciones educativas, públicas y/o privadas.**

*** Brindar desde el Servicio Social un enfoque alternativo para la formación sobre las problemáticas.**

CAPITULO I BULIMIA Y ANOREXIA NERVIOSA.

1.1.- Aspectos generales.-

La **Anorexia** fue descrita en el año 1000 por un médico persa, Avicena.

Desde entonces, las publicaciones se sucedieron con un ritmo relativamente habitual.

El primer cuento de Las Mil y Una Noches es una descripción de la patología, en una paciente que pertenecía al harem de las vírgenes; un sultán de aquellas tierras remotas, poseía - además de su séquito de esposas- un harem de niñas elegidas, generalmente pertenecientes a la alta sociedad. Era de gran reputación pertenecer al harem de las vírgenes, y la familia gozaba de grandes beneficios. Periódicamente el sultán pasaba la noche con una de ellas, y al amanecer era ejecutada. No es difícil imaginar que el clima en que vivían estas jóvenes era contradictorio: sentían orgullo social por haber sido elegidas y a la vez estaban aterrorizadas. Una de ellas decidió dejar de comer para no despertar el deseo de su señor, pues sabía que ese acto le arrebataría la vida.

Un destino similar tuvo la lejana princesa Margarita, en el s. XIII. El reino de su padre había sido invadido, sin contar con un ejército que lo defendiera. El monarca no tuvo mejor idea que ofrecerla a cambio de las tierras tomadas. La belleza de la infortunada princesa fue el trofeo que se llevaron los guerreros en su retirada. Pero fue un premio efímero. La muchacha se impuso ayunos rigurosos y una extenuante hiperactividad hasta que logró liberarse por su inanición muriendo en el intento. (1)

Datan de la Edad Media los primeros relatos de una enfermedad misteriosa, que transforma a la persona que la padece y que se caracteriza por una gran pérdida de peso a partir de una dieta de hambre autoimpuesta.

Se dice que Liduina de Shiedam, una santa del s. XIV, vivió durante años alimentándose "solo con trocitos de manzana del tamaño de una hostia".

Lacey nos cuenta la leyenda medieval de Santa Wilgefortis, diciendo que era de alto rango social (hija del rey de Portugal) y siendo una doncella, ayunó y le rezó a Dios, rogándole le arrebatará su belleza para así ahuyentar la atención de los hombres. Al cabo de un tiempo de adoptar un régimen de plegarias, ascetismo y dieta de inanición su rostro y su cuerpo comenzaron a cubrirse de vello. Se dice que en algunos países de Europa fue adoptada como santa por aquellas mujeres que deseaban verse libradas de la atención masculina.

(1) MARQUEZ, VIRGINIA: "El miedo a crecer". Revista Descubrir. Año4- Nº41- Dic. 1994- Pág.34.-

La primera descripción clínica de la Anorexia Nerviosa se le atribuye a R. Morton y data del año 1694. Describe a una joven de 18 años de la siguiente manera: "En el mes de julio cayó víctima de la supresión total de sus menstruaciones, a causa de una multiplicidad de inquietudes y pasiones de su mente... A partir de lo cual su apetito comenzó a mitigar y su digestión pasó a ser mala; también sus carnes comenzaron a ponerse flácidas y su rostro comenzó a empalidecer... Incurrió en estudiar de noche, continuamente dedicada a los libros y a exponerse tanto de día como de noche a las lesiones de aire ... En toda mi práctica no recuerdo haber visto a alguien tan conservadora con los seres vivos a pesar de estar dilapidada, al grado máximo de consumición (igualando un esqueleto, cubierto solo por la piel); sin embargo no tenía fiebre, sino por el contrario una frialdad en todo el cuerpo... Solo su apetito había disminuido y su digestión habíase intranquilizado con episódicos desmayos, que se le repetían con frecuencia."

La paciente de Morton se negó a seguir el tratamiento indicado y murió tres meses después.(2)

En el año 1873, Charles Lasègue acuñó el término Anorexia Histérica, para él la Anorexia constituye una enfermedad mental, con un cuadro clínico preciso, con una evolución bastante típica y un tratamiento propio.

Detecta desde el comienzo particularidades que exigen abordar la cuestión desde una perspectiva nueva, que implique un posicionamiento nuevo del médico, en función de lo que se llaman las "leyes de la histeria": esto es, que para vencer la obstinación de la histérica se debe dejar penetrar la suposición de que la curación depende de la propia voluntad, y que la histeria está ligada estrechamente al entorno de la enferma.

Al establecer el término Anorexia para todos los trastornos que tienen que ver con procesos digestivos, de localización indefinida, difusa, señala en primer lugar, que el término que tiene correspondencia en la fisiología, ya que no existe el término Orexia. Además, reconoce aquí que "como en otros casos la pobreza de vocabulario responde a una insuficiencia del saber".

Lasègue definirá entonces a la Anorexia a partir de considerarla como perversiones insólitas del apetito, en la que resume su problemática. Lasègue destaca como novedad su descubrimiento de la importancia que tiene para la paciente la presencia de aquel al que se dirige, y de los efectos que la patología provoca allí, en ese campo.

(3)

Sir William Gull en 1874 acuñó el nombre de Anorexia Nerviosa.

La presentación que realiza Gull destaca, entre otras cosas, su típica aparición en la adolescencia, los efectos del agotamiento calórico sobre los signos vitales, su preponderancia en las mujeres y la importancia de intervenir oportunamente con atención profesional especializada.

(2) *HERSCOVICI, CECILE R. Y BAY, LUISA: "Anorexia nerviosa y Bulimia. Amenazas a la autonomía". Ed. Paidós- Bs As- Marzo 1995- Pág 21 a 39.*

(3) *GOLDMAN, BEJLA R. D.: "Anorexia y Bulimia. Padeceres de fin de siglo". Primera edición. Oct.1996- Págs. 11, 15, 17, 18 y 19.*

Lasegue describió el cuadro como Anorexia Histérica e ilustra especialmente bien las distorsiones cognitivas, negación y trastorno de la imagen corporal.

Cabe notar que surgieron controversias acerca de cómo debía encararse el tratamiento, abogando algunos por retirar al paciente de su entorno habitual, en tanto que Myrtle entre otros, alegaba que el aislamiento de la paciente de su familia era terapéuticamente innecesario, demasiado costoso y un castigo cruel.

En el año 1914, Simmonds, patólogo alemán, describió a una paciente caquética a quien al hacerle la autopsia se le encontró una destrucción pituitaria, y durante los siguientes treinta años, reinó la confusión entre insuficiencia pituitaria (enfermedad de Simmonds) y Anorexia Nerviosa.

A partir de 1940 resurgieron las teorías de la causalidad psicológica muy influenciadas por los conceptos psicoanalíticos que tiñeron el pensamiento psiquiátrico durante varias décadas. Estos aseguraban que la Anorexia Nerviosa simbolizaba el repudio de la sexualidad, con predominancia de fantasías de embarazo oral. En los últimos cuarenta años, la Anorexia Nerviosa adquirió entidad propia y diferenciada, con ramificaciones biológicas y psicológicas.

Minuchín y colaboradores postularon que cierto tipo de organización y funcionamiento familiar conduce al desarrollo y mantenimiento de este trastorno. Los miembros de la familia están atrapados en patrones de interacción familiar en los cuales los síntomas de la hija desempeñan un rol central en la evitación del conflicto que subyace y en el mantenimiento de un cierto equilibrio familiar.

Crisp y otros proponen otra teoría que vincula aspectos psicológicos y biológicos. Según estos autores la evitación de alimentos con hidratos de carbono y la consiguiente pérdida de peso llevan a interferir en la regulación que hace el sistema nervioso central de la menstruación y así a una forma de regresión que elude los conflictos del crecimiento, la independencia personal y la sexualidad.

Otro aporte significativo es el de G. Russell y colaboradores quienes realzan el rigor científico de los trabajos sobre el tema con la publicación del primer estudio realizado con el grupo de control sobre la eficacia terapéutica. En él se compara la terapia familiar con la terapia de apoyo individual en una población de ochenta pacientes, y concluye que la terapia familiar es más eficaz que la individual para pacientes no crónicos y para quienes la enfermedad haya comenzado antes de los 19 años. (4).

Con respecto a la **Bulimia Nerviosa** ha sido definida como un síndrome con rasgos propios, hace no más de 10 años.

Se caracteriza por alternar períodos de restricción alimentaria, con episodios de ingestas copiosas, seguidos por vómitos autoinducidos y por el uso de laxantes y/o diuréticos.

Estos episodios periódicos de sobrealimentación descontrolada han sido denominados como binge eating, que no tiene una traducción literal en nuestro idioma, pero que significa en realidad una "parranda" o "fiesta" alimentaria, donde se unen el descontrol

(4) HERSCOVICI, CECILE R. Y BAY LUISA: "Anorexia Nerviosa y Bulimia. Amenazas a la autonomía. Ed. Paidós. Bs As. Marzo 1995. Págs 42 a 59.

y el placer.

Existen algunas situaciones emocionales, sociales y clínicas en las que se producen episodios de ingesta exagerada y que no se tratan de Bulimia. Por ejemplo frente al estrés hay muchas personas que ingieren más de lo habitual.

La conducta de atracones alimentarios exagerados, seguida de sensaciones variables, generalmente de placer y de vómitos autoinducidos para seguir comiendo luego, nos recuerda la historia de la antigua Roma y sus festines, que ha sido evocada por la literatura, el cine y otras artes. Esto sucedía en las clases sociales altas y era señal de poder. Más tarde estas conductas fueron condenadas por la sociedad, cuando la obesidad dejó de ser considerada un signo de prosperidad.

A pesar de estos antecedentes y de referencias a la aparición de conductas bulímicas en pacientes que habían padecido Anorexia, es solo en 1979 cuando Russell (5) publica la primera descripción clínica exacta de la enfermedad.

A partir de entonces, se ha intensificado la investigación, para definir criterios adecuados de diagnóstico, para evaluar su incidencia, profundizar sobre la etiopatogenia y ensayar acerca de la mejor terapéutica.

1.2.- ETIOPATOGENIA DE LAS PROBLEMATICAS.

Como expresan Toro y Villardell (6), la **Anorexia Nerviosa** no se puede comprender atendiendo exclusivamente a la patología neuroendócrina, ni a la supuesta conflictiva familiar, ni a los trastornos de la personalidad, ni a hipotéticas relaciones vividas en una primera época de la vida que nadie ha observado y algunos pueden intentar reconstruir con las inevitables distorsiones del caso, ya que adherimos junto a varios de los autores que han escrito sobre Anorexia, que la misma debe ser calificada como un síndrome diferenciado que se presenta en forma compleja.

Si consideramos a la enfermedad como un proceso, veremos que hay una interacción continua entre el individuo y su mundo externo, sus síntomas y sus intentos de lidiar con ellos.

1.2.1.- Factores predisponentes.

Como hemos mencionado en el punto anterior, la Anorexia Nerviosa se manifiesta como una enfermedad compleja, con múltiples factores predisponentes y gatillantes.

Entre estos podemos distinguir los trastornos de la autopercepción del tamaño corporal y de los estados afectivos internos y viscerales, otro de los factores que tuvimos en cuenta son los intentos para controlar el exceso de peso, ya que bien

(5)RUSSELL, G.: "Bulimia Nerviosa: una variante de la Anorexia Nerviosa". Año 1979. Págs 16 a 23. (Apuntes).

(6)TORO, J. Y VILLARDELL: "Anorexia Nerviosa". Ed.Martínez Roca. Barcelona 1987. Pág 168.